

# Thérapies familiales et schizophrénies

---

Serge Kannas<sup>1</sup>

## Résumé

*L'auteur rappelle les différentes théories concernant la schizophrénie ainsi que leur échec à proposer une véritable théorie globale explicative. Pourquoi est-il si important de travailler avec la famille : parce que l'essentiel du traitement s'effectue en ambulatoire, c'est-à-dire au sein de la famille qui est devenue le principal donneur d'aide ainsi que le support prépondérant du fardeau de la maladie. Ensuite, parce que le partenariat avec la famille est la meilleure façon d'éviter l'hospitalisation et de donner ainsi plus de place à une vie normale.*

*Enfin, c'est la combinaison des traitements médico-psycho-sociaux et familiaux qui donne les meilleurs résultats.*

## Mots-clés

*Thérapie familiale – Schizophrénie.*

## Abstract

*The author recalls the different theories about schizophrenia, and their failure to explain a global approach of the disease. He discusses why it is so important to work with the family : first, because the ambulatory treatment is now the most current one, which means that the family bears the main burden, and is de facto the main care giver. Second, because partnership with the family is the best way to prevent hospitalization and to give more place to normal life. Actually, combination of medical psychosocial and family work gives the best results.*

## Key words

*Family therapy – Schizophrenia.*

## 1. Remarques générales

---

Née cliniquement et nosographiquement il y a un siècle, la schizophrénie suscite toujours autant de controverses théoriques, voire épistémologiques.

---

1. Praticien hospitalier, EPS Charcot, Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale.

Toutefois, il apparaît peut discutable qu'il s'agit d'une pathologie universelle affectant environ 1 % de la population générale adulte en prévalence annuelle, qui peut durer une partie significative de la vie adulte, et dont le pronostic individuel et social reste lourd, malgré les importants progrès déjà réalisés. Cinquante ans après la découverte française des neuroleptiques (1952), la schizophrénie, dont les causes précises demeurent inconnues, continue de représenter un grave problème de santé publique.

Le modèle médical et biologique a apporté la preuve que la possession d'un cerveau humain était nécessaire pour devenir schizophrène. Cerveau vulnérable (infection, embryopathie...), programmable (les études de jumeaux ont montré une certaine incidence génétique) et réparable (l'efficacité des neuroleptiques est largement établie). Toutefois, malgré les promesses renouvelées d'un « grand soir » chimiothérapeutique ou neurobiologique, la maladie et les malades continuent à partiellement « résister ». Quant à l'aspect génétique, Andreasen (1985) ne déclarait-elle pas (citation approximative) : « une explication totalement génétique de la schizophrénie est impossible. En effet, les patients schizophrènes se reproduisant faiblement à travers leur descendance, la maladie aurait dû disparaître depuis longtemps ».

La naissance de la psychanalyse est contemporaine de celle de la schizophrénie. Dès le cas Schreber (où « ce qui est aboli du dedans revient du dehors »), Freud, puis bien d'autres après lui, se sont attaqués au problème de la psychose. Bien que la schizophrénie ait été déclarée non-analysable, des tentatives brillantes sont apparues (par ex. : Searles, 1977, 1981, 1986 ; Bion, 1983 ; Fairbairn, 1952 ; Racamier, 1970, 1979, 1980a et b) et ont permis de comprendre que la symptomatologie schizophrénique pouvait avoir du sens. Toutefois, avec un siècle de recul, on peut considérer que si la psychanalyse seule a contribué à faire progresser notre compréhension des mécanismes psychopathologiques, elle n'a toutefois pas apporté un mouvement décisif aux résultats thérapeutiques.

Les thérapies familiales sont nées dans les années 50, autour de la question de la schizophrénie, Bateson et son groupe (Bateson *et al.*, 1980), à travers la théorie du double lien, tentant de construire un paradigme nouveau : le schizophrène est un individu adapté de façon normale à un environnement qui ne l'est pas. Les preuves abondent de l'existence d'une corrélation entre le comportement du patient et son environnement, principalement familial, et c'est certainement la richesse du corpus de la thérapie familiale de l'avoir illustré. Toutefois, jusqu'à la fin des années 80, et en dehors de quelques rares exceptions (Jackson, 1960 ; Haley, 1963, 1979, 1984, 1991 ; Selvini-Palazzoli *et al.*, 1978 et 1990 ; Selvini, 1987 ;...),

on peut dire que la thérapie familiale en faveur de la schizophrénie n'a guère convaincu et a petit à petit déserté le terrain. Probablement la théorie, dans la continuation de ses fondateurs, s'est trop focalisée sur les facteurs familiaux sans inclure les autres, marquant paradoxalement pour des systémiciens la suprématie du linéaire sur le circulaire.

Affirmer ainsi que la famille rend fou, c'était accuser implicitement les parents tout en les sollicitant pour qu'ils aident les professionnels et leur progéniture. Dans notre jargon, cela s'appelle un magnifique double lien et cela en produisait les effets, en faisant fuir les familles hors du processus thérapeutique par incompréhension, confusion, désespoir ou colère. C'est pourquoi les thérapies familiales actuelles (et en particulier la pratique que nous revendiquons) adopte un point de vue qui inclut des facteurs extra-familiaux.

Ainsi posées, les limites des différentes théories amènent à la conception suivante (Mac Farlane, 1981) : « Il existe probablement plusieurs formes de schizophrénie d'origine biologique, encore que tous ceux qui présentent le trouble constitutionnel ne seront pas cliniquement malades. Une explication théorique de la schizophrénie est actuellement toujours hors d'atteinte des thérapeutes et des cliniciens. Elle semble susceptible d'inclure des formes très complexes et hétérogènes d'interactions cumulatives. Celles-ci se produisent entre divers facteurs biologiques et constitutionnels à l'intérieur du patient, et d'autres facteurs de nature variable, souvent idiosyncrasiques, dans l'environnement social et surtout familial du malade. De surcroît, ces processus cumulatifs de rétro-action se poursuivent presque à coup sûr au-delà du premier épisode, avec la maladie qui influence la famille, qui influence la maladie... et ainsi de suite ».

## **2. Pourquoi travailler avec la famille ?**

---

*A – Parce que l'essentiel du traitement des patients schizophrènes se déroule actuellement dans le réseau ambulatoire. Or, celui-ci est principalement constitué de la famille. Pour se fixer les idées, rappelons qu'en France, dans les années 50, un patient hospitalisé en psychiatrie y séjournait en moyenne 300 jours par an, et rechutait tous les 12 à 18 mois. Autrement dit, un patient présentant des troubles aussi sérieux passait plus de la moitié de sa vie à l'hôpital, si bien que sa famille pouvait (devait ?) se réorganiser sans lui. Quarante ans après, sous l'influence de différents facteurs que nous ne détaillerons pas ici, la situation est devenue bien différente. La combinaison optimum des différents traitements possibles permet de traiter la plupart des épisodes aigus en moins de trois semaines et*

d'espacer bien davantage les rechutes (tous les deux ou trois ans, voire plus). Autrement dit, à l'heure actuelle, un patient schizophrène passe 95 % de son temps chez lui, c'est-à-dire au sein de sa famille. Mais, de la même façon que l'hospitalisation représente un transfert de charge de la famille vers les professionnels, le travail ambulatoire, reflet du processus de désinstitutionnalisation, représente un transfert de charge des professionnels vers la famille. De fait, c'est elle qui est devenue, au fil des années, le principal donneur d'aide au patient, et qui subit au premier chef l'impact de son comportement et ses vicissitudes. On ne peut donc laisser les familles toutes seules faire l'essentiel du travail. Si la famille n'est pas responsable du déclenchement de la schizophrénie, elle en subit gravement les effets traumatiques renouvelés, qu'on a souvent et abusivement assimilés à la « pathologie familiale ». Ceci peut diminuer les ressources disponibles et aggraver de ce fait les conséquences de la crise psychotique. De même, celle-ci peut trouver une fonction au sein des enjeux relationnels, qui en stabilise ou en amplifie les effets interactifs en retour, dans une spirale interminable.

*B – Parce que l'hospitalisation est l'alternative principale à la vie au sein de la famille.* Si l'un des objectifs principaux du travail consiste à traiter le patient dans son milieu naturel de vie, pour aborder les enjeux ordinaires de celle-ci, il faut réduire significativement la place de l'institutionnalisation par la réduction des durées de séjour et la prévention des rechutes, sous peine de voir se reproduire le modèle des années 50. Or, l'hospitalisation représente un mécanisme de régulation des tensions intra-familiales au sein desquelles le processus psychotique est à la fois effet et cause. Si ces tensions dépassent un certain seuil, les mécanismes de séparation, dont l'institutionnalisation est la manifestation principale, vont se trouver sollicités pour abaisser les tensions. Cette solution inaugurale, en l'absence d'autres solutions alternatives, peut être apprise de façon répétitive à chaque émergence de tension, que leur origine soit psychiatrique ou non. D'une façon plus générale, plus le modèle thérapeutique va tendre à séparer le patient de son milieu ou à ne pas l'inclure, plus il va stimuler des solutions « séparatistes » ou « parentectomistes », c'est-à-dire institutionnalisantes. À l'inverse, plus le modèle thérapeutique va inclure le milieu comme ressource, moins les chances de solution hospitalière vont se développer. On remarquera toutefois qu'il ne suffit pas de ne pas vouloir hospitaliser pour que la désinstitutionnalisation soit effective. Si en effet la famille n'est pas constamment, durablement et efficacement accompagnée, soutenue dans une négociation permanente, et finalement aidée tout au long de ce processus, elle va s'épuiser, et des mécanismes de rejet temporaire et définitif vont s'installer, qui mèneront aussi à une solution institutionnelle, source de répit et donc d'abaissement des tensions.

### **3. Principes et objectifs généraux du travail (Mac Farlane, 1981)**

---

Ils naissent d'un fondement théorique très différent des thérapies familiales nées dans les années 50, et développées jusqu'à la fin des années 70. Ils ont en commun l'hypothèse d'interactions entre un certain nombre de variables familiales identifiables et un déficit relativement spécifique chez le membre schizophrène. La fonction de ces thérapies est de s'adjoindre la famille comme co-thérapeute. Leur rôle est de compenser de manière ciblée les difficultés du patient. Le but recherché est la réinsertion du malade et le soulagement de la famille, et non l'inversion du « dysfonctionnement schizophrénique ». La question de la guérison est considérée comme hors de portée de la famille ou de toute autre thérapie actuellement disponible. Les buts à long terme sont d'obtenir les taux de rechute le plus bas possible, et le niveau d'adaptation sociale et professionnelle le plus élevé. Alors que la famille est considérée comme assez forte pour contrecarrer ces objectifs, on tiendra compte du fait que c'est précisément cette force qui est indispensable pour les mobiliser et les atteindre. En fait, on admet que la famille représente la seule influence sociale qui dispose d'un levier suffisant. Dans cette optique, le fondement de la méthode consiste à nouer une solide alliance avec tous les membres de la famille, surtout les parents, car ils contrôlent les variables cruciales. L'alliance avec le patient reste importante, mais moins capitale que dans le schéma classique, et l'on considère comme antithérapeutique de faire des reproches à la famille. Alors que le modèle habituel des années 50 avait pour objectifs de réduire le fonctionnement familial « pathologique » pour rendre la famille « normale », le projet thérapeutique actuel peut nécessiter l'émergence de processus familiaux quelque peu anormaux : par exemple, maintenir un niveau émotionnel bas (Leff et Vaughn, 1985), simplifier artificiellement la communication (« digitalisation » de l'information selon Madanes, 1980, 1981, 1988) et instaurer un contrôle parental sur le patient, inadapté car anachronique, vu son âge. Bien que de telles interventions puissent sembler détestables à certains thérapeutes familiaux, les résultats indiquent le bien-fondé de leur projet.

### **4. Thérapie ou psycho-éducation familiale ?**

---

On a souvent opposé les deux courants. Le dernier se présente lui-même comme lié au comportementalisme et met l'accent sur la résolution des problèmes et l'apprentissage de solutions séquentielles, et exclut toute interprétation ou intervention individuelle ou familiale en raison des sous-

entendus dévalorisants ou anti-parentaux dont elles procèdent. Comme nous l'avons dit plus haut, cette dernière accusation n'est pas sans fondement. Il nous semble toutefois assez vain d'opposer radicalement les deux approches, et ceci pour plusieurs raisons :

- d'une façon générale, aucune psychothérapie n'est exempte d'apprentissage, par imitation du thérapeute ou l'apprentissage de solutions générales (alternatives à l'hospitalisation, prévention des rechutes, etc.). Les approches stratégiques ou structurales ou de thérapie brève comportent aussi l'aspect « résolution de problèmes ». Quant à la simplification de la communication, on la retrouve sous sa forme de « digitalisation » de l'information, comme limitation des aspects de confusion hiérarchique ou communicationnelle dans les interventions stratégiques (Haley, 1979 ; Kannas, 1988 et 1990).
- A l'opposé, il nous semble que les tenants de l'approche psycho-éducative travaillent de façon plus riche que ce qu'ils présentent eux-mêmes. Une intervention « purement » pédagogique dans une durée aussi maintenue et pour des contextes émotionnellement aussi prenants ne peut pas ne pas susciter des mouvements transférentiels, même au sens le plus basique du terme, ni s'exonérer des aspects relationnels, paradoxaux ou confusionnants, sauf à y engloutir leur pédagogie (conflits parentaux-conjugaux, coalitions transgénérationnelles, élargissement à l'institution des règles familiales, etc.).

## **5. Conclusion. Les principaux résultats observés**

---

Notre pratique, relayée par celle d'autres praticiens travaillant de façon analogue (Miermont, 1997), ainsi que différentes études, tendent à le démontrer : l'approche familiale et sociale, combinée à la médication et à l'approche individuelle, obtient de bien meilleurs résultats que chaque thérapeutique mise en œuvre isolément, sur la fréquence et la durée des hospitalisations, sur la prévention des rechutes, sur la satisfaction et la qualité de vie du patient et de sa famille. Ainsi que le notent Thornicroft et Tansella (1999), en citant la Cochrane Database (méta-analyse internationale des travaux sur le sujet, 1996) : « il existe un décalage important entre la très bonne qualité des résultats obtenus par ces méthodes et leur faible diffusion en pratique clinique de routine ».

## Références et lectures conseillées

---

- ANDREASEN N. (1985) : *The Broken Brain*, Harper and Row, New York.
- BATESON G., JACKSON D., HALEY J., WEAKLAND J.H. (1980) : *Vers une écologie de l'esprit*, Tome I & II, Seuil, Paris.
- BENOIT J.C. & ROUME D. (1986) : *La désaliénation systémique*, ESF, Paris.
- BENOIT J.C. (1982) : *L'équipe dans la crise psychiatrique*, ESF, Paris.
- BENOIT J.C., MALAREWICZ J.A. (éd), avec Beaujean J., Colas Y., Kannas S. (1988) : *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*, ESF, Paris.
- BENOIT J.C. (1981) : *Les doubles liens*, PUF, Paris.
- BION W.R. (1983) : *Réflexion faite*. PUF, Paris.
- BORSZORMENYI-NAGY Y. & FRAMOJ. (1980) : *Psychothérapies familiales*, PUF, Paris.
- Cochrane Database of Systematic Reviews (1996).
- ELKAÏM M. (1978) : *Le réseau : alternative à la psychiatrie*, Seuil, Paris.
- EVERSTINE D.S. & L. (1993) : *Des gens en crise*, Desclée de Brouwer, Paris.
- FAIRBAIRN W.R.D. (1952) : *An Object-Relation Theory of the Personality*. Basic Books, New York.
- GOFFMAN E. (1968) : *Asiles*, Seuil, Paris.
- HALEY J. (1963) : *Strategies of psychotherapy*, Grune & Stratton, New York.
- HALEY J. (1979) : *Nouvelles stratégies en thérapie familiale*, Delarge, Paris.
- HALEY J. (1984) : M. Erikson, *Un thérapeute hors du commun*, Desclée de Brouwer, Paris.
- HALEY J. (1991) : *Leaving Home*, ESF, Paris.
- JACKSON D.D. (1960) : *The Etiology of Schizophrenia*. Basic Books, New York.
- KANNAS S. (1988) : Schizophrénie et thérapie familiale. in BENOÎT J.-C. ET MALAREWICZ J.A. (éd.) : *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*, pp. 461-465. ESF, Paris.
- KANNAS S. & WIEVIORKA S. (1989) : Approche systémique et chronicité à l'hôpital psychiatrique, *Evolution psychiatrique*, pp. 595-614.
- KANNAS S. (1990) : Approche systémique et pratique dirigeante de secteur psychiatrique, *Information psychiatrique*, pp. 593-600.
- KANNAS S., (1995) : Psychoses et pratique éco-systémique, *Thérapie familiale*, 16(1) : 49-61, Genève.
- KANNAS S., ROBIN M., POCHARD F., MAURIAC F., REGEL I., DEVYNCK C., NOIROT M.N., BRONCHARD M., BISSON F., WADDINGTON A. (2000) : L'expérience d'un service mobile d'urgence psychiatrique (ERIC) à propos du risque de passage à l'acte des patients et de la sécurité des professionnels. Réflexions concernant le contexte et les aspects relationnels, *Cahiers Critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux (Violence et contexte)* 24 : 101-115, De Boeck Université, Bruxelles.
- LANGSLEY D.G., KAPLAN D. M., PITTMAN F. (1968) : *Treatment of families in crisis*, Grune & Stratton, New York.
- LEFF J.R. & VAUGHN C. (1985) : *Expressed emotion in families, its significance for mental illness*, The Guilford Press, New York.

- LIDZ T. (1973) : *The origin and treatment of schizophrenic disorders*, Basic Books, New York.
- LIDZ T., FLECK S., CORNELISON (1965) : *Schizophrenia and the family*, Int. University Press, New York.
- MAC FARLANE W. R. (1981) : *Family therapy in schizophrenia*, The Guilford Press, New York.
- MADANES C. (1980) : The prevention of rehospitalisation of adolescents and young adults, *Family Process*, 19(2) : 179-191.
- MADANES C. (1981) : *Strategic family therapy*, Jossey Bass, San Francisco.
- MADANES C. (1988) : *Derrière le miroir sans tain, la psychothérapie stratégique*, ESF, Paris.
- MASSÉ G. (1992) : *Rapport au Ministère de la Santé*, Ed. ENSP, Rennes.
- MIERMONT J. (1981) : *Dictionnaire des thérapies familiales*, Payot, Paris.
- MIERMONT J. (1997) : *Psychose et thérapie familiale*, ESF, Paris.
- MINUCHIN S. & ELIZUR J. (1989) : *Institutionalizing Madness*, Basic Books.
- PITTMAN F. (1987) : *Turning points*, Norton, New York.
- RACAMIER P.C. (1970) : *Le psychanalyste sans divan*, Payot, Paris.
- RACAMIER P.C. (1979) : *De psychanalyse en psychiatrie*, Payot, Paris.
- RACAMIER P.C. (1980a) : *Déliquer*, Payot, Paris.
- RACAMIER P.C. (1980b) : *Psychoses, psychoses*, Payot, Paris.
- REISS D. (1975) : « Individual thinking and family interaction », in MISHLER & WAXLER N.E. : *Family Processes and Schizophrenia*, Tome II, Aronson, New York.
- SHEFLEN A.L. (1981) : *Levels of schizophrenia*, Brunner/Mazel, New York
- SEARLES H. (1977) : *L'effort pour rendre l'autre fou*, NRF Gallimard, Paris.
- SEARLES H. (1981) : *Le contre-transfert*, NRF Gallimard, Paris.
- SEARLES H. (1986) : *L'environnement non humain*, NRF Gallimard, Paris.
- SELVINI-PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCIN G. & PRATA G. (1978) : *Paradoxe et contre-paradoxe*, ESF, Paris.
- SELVINI-PALAZZOLI M., CIRILLO S., SELVINI M. & SORRENTINO A.M. (1990) : *Les jeux psychotiques dans la famille*, ESF, Paris.
- SELVINI Mat. (1987) : Selvini Mara : *Histoire d'une recherche*, ESF, Paris.
- SINGER M.T., WYNNE L.C., TOOHEY M.L. (1978) : Communication disorders in the families, in *Nature of Schizophrenia*, Wiley, New York.
- SLUZKI C.E. & RANSOM D.C. (1970) : *Double bind : the foundation of the communicational approach of the family*, Grune & Stratton, New York.
- STANTON A. & SCHWARTZM. (1954) : *The mental hospital*, Basic Books, New York.
- THORNICROFT G. & TANSELLA M. (1999) : *The Mental Health Matrix*, Cambridge University Press, Cambridge.
- WYNNE L.C., CROMWELL R.L. & MATTHYLE S. (1978) : *The Nature of Schizophrenia*, Wiley, New York.
- WHITAKER C. (1988) : *Dancing with the family*, Brunner/Mazel, New York.